

Zwangerschap en IBD

Naar het ziekenhuis? Lees eerst de informatie op www.asz.nl/brmo.

**albert
schweitzer**

Inleiding

U bent zwanger en heeft de ziekte van Crohn of colitis ulcerosa. Misschien heeft u hier vragen over. Kunnen de medicijnen schadelijk (of gevaarlijk) zijn voor uw baby? Mag u borstvoeding geven?

Wanneer u zwanger bent, is het heel belangrijk om dit te bespreken met uw MDL-arts of MDL-verpleegkundige. Zij kunnen u adviseren en begeleiden.

Wanneer u zwanger bent, heeft dit geen negatieve invloed op uw ziekte. Wel kan de ziekte een risico vormen tijdens uw zwangerschap of bevalling, bijvoorbeeld door:

- Een opvlamming.
- Uw medicijngebruik.
- Problemen met een fistel.

Daarom is het belangrijk dat uw ziekte en behandeling tijdens uw zwangerschap goed onder controle is voor een goede uitkomst van uw zwangerschap. Meldt daarom uw zwangerschap altijd bij uw MDL-behandelaar!

In deze folder proberen we antwoord te geven op de meest gestelde vragen over zwangerschap en bevalling en adviezen voor uw baby bij ouders met IBD.

In deze folder worden de ziekte van Crohn en colitis ulcerosa afgekort tot IBD (Inflammatory Bowel Disease, dit betekent een chronische darmontstekingsziekte).

Medicijngebruik tijdens de zwangerschap

Het is erg lastig om in deze folder een individueel advies te geven over het gebruik van medicijnen tijdens een zwangerschap. Bij iedere patiënt zullen de voor- en nadelen moeten worden besproken en afgewogen.

- Het klopt niet dat stoppen met medicijnen, voorafgaande aan de zwangerschap, de kans op problemen voor uw baby vermindert. Een actieve darmziekte brengt juist meer risico's met zich mee.
- Vaak is het nodig om door te gaan met de medicijnen om de darmziekte rustig te houden.
- Voor sommige medicijnen zijn aanpassingen in de dosering nodig.
- Bij andere medicijnen kan besloten worden deze in de laatste weken van uw zwangerschap tijdelijk te stoppen. Dit hangt onder andere af van hoe ernstig de ziekte is geweest en hoe lang de ziekte al rustig is.
- Wanneer er aanpassingen plaatsvinden in de medicatie, bespreek dan ook tijdig met uw MDL-arts of, en wanneer u na de zwangerschap weer teruggaat naar de oude situatie.
- Om risico's op aangeboren afwijkingen bij uw baby te verminderen, geldt voor alle vrouwen (ook zonder IBD) het advies om bij een zwangerschapswens vooraf te starten met foliumzuur (1x per dag 0,4 mg) en dit te blijven gebruiken in de eerste 12 weken van de zwangerschap
- Gebruik van een aantal nieuwe medicijnen is niet veilig in de zwangerschap: er zijn niet voldoende gegevens bekend. Tevens wordt afgeraden om met het gebruik van deze medicatie borstvoeding te geven. Het gaat onder andere om:
 - Tofacitinib
 - Upadacitinib

- Filgotinib
- Ozanimod
- Methotrexaat is bij de vrouw niet toegestaan bij een zwangerschap en borstvoeding.

Wat is de invloed van een zwangerschap op mijn ziekte?

Uit onderzoek is gebleken dat een zwangerschap, die in een rustige periode van de IBD is ontstaan, meestal geen extra risico geeft op een opvlamming van de IBD.

Bij voorkeur is de IBD tenminste 6 maanden niet actief voor u zwanger wordt.

Ongeveer één-derde van de vrouwen met IBD krijgt tijdens de zwangerschap een opvlamming. Dat is ongeveer hetzelfde risico als voor niet-zwangere vrouwen met IBD.

Ook is gebleken dat een zwangerschap, die in een rustige periode van de IBD is ontstaan, in principe geen negatieve invloed heeft op de ontwikkeling van uw baby.

Als de darmziekte actief is aan het begin van de zwangerschap, dan blijft de ziekte (zeker zonder aangepaste behandeling) meestal actief tijdens de hele zwangerschap en dit kan negatieve invloed hebben op de ontwikkeling van uw baby.

Aangeboren afwijkingen van de baby komen niet vaker voor bij patiënten met IBD dan bij personen zonder deze ziekte.

Hoe wordt een opvlamming tijdens mijn zwangerschap behandeld?

- Wanneer het nodig is kan de medicatie die u al gebruikt aangepast worden, bijvoorbeeld vaker gegeven worden of in een hogere dosis.
- Ook de meeste nieuwe medicatie kan veilig gestart worden tijdens een opvlamming indien dit nodig is.
- Een opvlamming brengt risico's met zich mee. De voordelen van medicijnen voor de opvlamming zijn groter dan de nadelen van de medicijnen die aan u worden voorgeschreven.
- Bij sommige medicijnen is het belangrijk om de groei van de baby extra te controleren.
- Soms heeft u extra medicijnen nodig rondom de bevalling en wil de kinderarts uw baby extra controleren.
- Budesonide kan tijdens de zwangerschap veilig voorgeschreven worden, er zijn geen nadelige effecten op uw baby bekend.
- Prednison kan soms nodig zijn om een opvlamming van de IBD te behandelen. Er zijn bij langere tijd en hogere doseringen wel wat risico's voor moeder en kind. Daarom vinden er extra controles plaats.
- Hydrocortison, wat soms gegeven wordt bij infuusbehandelingen, mag niet gegeven worden.

Onderzoeken tijdens de zwangerschap

Tijdens de zwangerschap kunnen verschillende onderzoeken nodig zijn om tot de juiste bepaling van de activiteit van de ziekte en een goede behandeling te komen.

Poeponderzoek of bloedonderzoek

Bij voorkeur wordt de ernst van de ziekte vastgesteld met de minst belastende test: een poeponderzoek (bepaling van ontstekingseiwit in de poep: fecaal calprotectine) of bloedonderzoek.

Het poeponderzoek is net zo betrouwbaar bij zwangere patiënten, als bij IBD-patiënten zonder zwangerschap.

Bepaalde bloeuitslagen kunnen beïnvloed worden door een zwangerschap, het is daarom belangrijk deze te bespreken met uw MDL-behandelaar.

Onderzoeken in het eerste trimester

In de eerste drie maanden van een zwangerschap wordt geprobeerd om bepaalde onderzoeken te vermijden, zoals een inwendig onderzoek van de darm (colonoscopie of sigmoïdoscopie) of een CT-scan of röntgenonderzoek. Maar deze onderzoeken kunnen heel soms van groot belang zijn.

Op dat moment wegen de risico's van het niet optimaal kunnen behandelen zwaarder dan de mogelijke risico's van het onderzoek zelf.

Onderzoeken in het tweede en derde trimester

In het tweede en derde trimester van de zwangerschap kan een colonoscopie met een kleine dosering pijnstilling en slaapmiddel veilig worden uitgevoerd. Afhankelijk van waar de ontsteking zit, heeft de sigmoïdoscopie wel de voorkeur, omdat deze minder belastend is voor de patiënt.

Ook diepere slaapmedicatie zoals propofol is tijdens de zwangerschap bij uitzondering mogelijk voor een inwendig onderzoek.

Voor een MRI-scan geldt dat dit in het tweede en derde trimester is toegestaan.

Kan ik tijdens mijn zwangerschap geopereerd worden?

Tijdens uw zwangerschap wordt geprobeerd een operatie te voorkomen, maar in geval van nood kan dit wel. Als het ziekteverloop te veel gevaar oplevert voor u en uw baby, dan kan een operatie nodig zijn.

Controles tijdens de zwangerschap

De kans op een opvlamming van de darmziekte tijdens uw zwangerschap is afhankelijk van de medicijnen die u blijft gebruiken. De kans op een opvlamming is vergelijkbaar met als u niet zwanger bent. Omdat het lastig kan zijn om signalen van een opvlamming vroegtijdig te herkennen bij zwangere vrouwen, wordt geadviseerd om onder controle te staan van een gynaecoloog in samenwerking met een MDL-behandelaar.

Bij de controles zal naar uw klachten worden gevraagd, zodat de behandeling aangepast kan worden als uw klachten verergeren.

Vrouwen waarbij de darmziekte actief is krijgen extra echo's om de groei van de baby in de gaten te houden.

Bevalling en kind

Kan ik normaal bevallen of krijg ik een keizersnede?

In principe is alleen een darmziekte geen reden voor een keizersnede, wel kan de activiteit van de ziekte, de aanwezigheid van fistels rondom de anus of eerdere operaties een reden zijn om toch voor een keizersnede te kiezen.

Een keizersnede wordt alleen geadviseerd bij een actieve darmziekte rondom de anus (perianaal) of bij een gecompliceerd probleem van fistelvorming.

Vrouwen met een pouch die gaan bevallen, komen in aanmerking voor een keizersnede. Dit om incontinentieklachten op langere termijn door een vaginale bevalling te voorkomen. Een knip of inscheuring kunnen de kans hierop vergroten.

De bevalling zelf verloopt bij vrouwen met een chronische darmziekte niet anders dan bij vrouwen zonder deze ziekte. Wel is het zo dat vrouwen met een chronische darmziekte bij de gynaecoloog onder controle zijn en in het ziekenhuis bevallen.

Gebruikt u het medicijn mesalazine of is de ziekte rustig zonder medicatie? Dan wordt u tijdens uw zwangerschap en bevalling in principe begeleid door een verloskundige in de 1^e lijn.

In bijzondere situaties zal er goed overleg plaatsvinden tussen uw MDL-arts en uw gynaecoloog. In sommige situaties wordt hierbij ook de expertise van het academisch ziekenhuis in Rotterdam gevraagd (Erasmus MC).

Na de bevalling

Kan ik borstvoeding geven?

Medicijnen die veilig zijn tijdens de zwangerschap, zijn ook veilig tijdens de borstvoedingsperiode. U kunt dus gewoon borstvoeding geven. Dat is goed voor uw baby op de korte en lange termijn en mogelijk beschermt borstvoeding tegen het ontwikkelen van IBD.

De risico's verschillen per medicijn. Daarom kunt u dit onderwerp het beste bespreken met uw MDL-behandelaar en/of gynaecoloog.

Zij bekijken uw medicijngebruik op dat moment en vertellen u welk medicijn u wel of niet kunt gebruiken bij borstvoeding.

Bij het gebruik van methotrexaat mag u géén borstvoeding geven.

Medicijnen en borstvoeding

Niet veilig	Geen borstvoeding	Metrotrexaat Thalidomide JAK-remmer (tofacitinib, filgotinib) S1P-receptor modulator (ozanimod)
Laag risico/lijkt veilig	Borstvoeding kan gegeven worden	Mesalazine Corticosteroiden Thiopurines Anti-TNF (influximab, adalimumab) Vedolizumab Ustekinumab

Controles bij uw baby

Indien u medicijnen gebruikt die kunnen zorgen voor een tekort aan witte bloedcellen (leukopenie) bij uw baby (o.a. azathioprine), dan zal er na de geboorte bloed van uw baby worden afgenomen om de witte bloedcellen te controleren.

Trombosebeen

Vrouwen in het kraambed hebben een verhoogd risico op het ontwikkelen van een trombosebeen. Het is daarom belangrijk zodra dit mag en kan in beweging te komen om dit te voorkomen.

Daarnaast is het belangrijk om goed op te letten of uw onderbeen dik, rood, pijnlijk of gespannen wordt. Als dit gebeurt, moet u gelijk contact opnemen met de Rhena Spoedunit.

Adviezen bij ziekte van uw baby

Door het medicijngebruik kan er een verminderde afweer bij uw baby zijn (met name bij gebruik van TNF-alfablokkers). Uw baby kan hierdoor iets gevoeliger zijn voor infecties en daardoor mogelijk iets sneller ziek worden. Daarom is het belangrijk om bij koorts of andere ziekteverschijnselen contact op te nemen met een huisarts.

Advies over vaccinaties van uw baby

Geef bij de vaccinaties van uw baby altijd aan dat u medicatie heeft gebruikt tijdens de zwangerschap en/of nog steeds gebruikt bij borstvoeding.

Kinderen kunnen veilig het reguliere vaccinatieprogramma volgen, soms met uitzondering van de rotavirus-vaccinatie. Op de leeftijd van 2 maanden wordt op het consultatiebureau een extra DKTP/HIB/hepatitis B-vaccinatie gegeven, ook als de moeder tijdens de zwangerschap is ingeënt tegen kinkhoest.

Wij adviseren het eerste levensjaar géén vaccinatie met verzwakte bacteriën of virussen (levend verzwakt vaccin) te geven bij het gebruik van bepaalde medicatie tijdens de zwangerschap en/of borstvoeding (met name bij gebruik van TNF-alfablokkers).

Deze vaccinaties zijn:

- Rotavirusvaccinatie
- BCG (Tuberculose)
- BMR (Bof, Mazelen, Rodehond)
- Oraal poliovaccin
- Varicella vaccin (waterpokken)
- Intranasaal influenzavaccin
- Gele koorts

Als een levend verzwakt vaccin toch nodig is, zal uw baby worden doorverwezen naar de kinderarts.

Kan uw baby ook een chronische darmontsteking krijgen?

Er zijn aanwijzingen dat kinderen die een ouder met IBD hebben, een verhoogde kans hebben om deze ziekte ook te krijgen.

- Als 1 ouder de ziekte van Crohn heeft, is het risico dat een kind ook Crohn krijgt 3-5%.
- Voor colitis ulcerosa ligt het risico iets lager. Als 1 ouder colitis ulcerosa heeft is het risico dat een kind colitis ulcerosa krijgt ongeveer 2%.
- Als beide ouders de ziekte hebben is het risico groter, ongeveer 30%.

Uit verschillende onderzoeken is gebleken dat de kans op aangeboren afwijkingen bij kinderen, waarvan de moeder een chronische darmziekte heeft, niet verhoogd is.

Tot slot

De combinatie zwangerschap en chronische darmziekte vraagt soms speciale voorzorgsmaatregelen en controle. Het is belangrijk dat u goede begeleiding krijgt van uw MDL-arts, MDL-verpleegkundige en gynaecoloog.

Als u na het lezen van deze folder nog vragen heeft, kunt u via het MDL-centrum een afspraak maken. Voor het maken van afspraken neemt u contact op met de polikliniek Maag-, Darm - en Leverziekten. Zij zijn bereikbaar van maandag t/m vrijdag tussen 08.00-16.30 uur via, tel. (078) 652 32 21. Of via MijnIBDcoach.

De MDL-verpleegkundige is van maandag t/m vrijdag bereikbaar tussen 10.00-11.30 via, tel. (078) 654 71 04 of tel. (078) 654 19 88.

Meer informatie

Crohn Colitis Ulcerosa Vereniging Nederland (CCUVN)

www.crohn-colitis.nl

Nederlandse stoma vereniging

www.stomavereniging.nl

Borstvoedingorganisatie La Leche League

www.lalecheleague.nl

www.asz.nl

Geef hier uw mening over deze folder: www.asz.nl/foldertest

Albert Schweitzer ziekenhuis
mei 2024
pavo 1879